

# Allgemeine Versicherungsbedingungen

## für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2013)

### Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeit
- § 4 Umfang der Leistungspflicht
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes

### Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8 Beitragszahlung
- § 8 a Beitragsberechnung
- § 8 b Beitragsanpassung
- § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
- § 12 Aufrechnung

### Ende der Versicherung

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

### Sonstige Bestimmungen

- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

### Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld oder ein Pflegeetagegeld. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

2. Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

3. Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

4. Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

5. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatz 2 Satz 2 sind

- a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

6. Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

- a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

7. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Allgemeine Bestimmungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

8. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

9. Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegeetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

### Erweiterung zu § 1 Absatz 9:

*Ergänzend erstreckt sich der Versicherungsschutz in der Pflegekosten- und der Pflegeetagegeldversicherung auf Pflege in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz. Darüber hinaus kann der Versicherungsschutz durch besondere Vereinbarungen (siehe § 15) auf Aufenthalte in Ländern außerhalb der genannten Staaten erweitert werden.*

10. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 3) einzuhalten.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

### Erweiterung zu § 2 Absatz 2:

*Bei Geburt bestehende Anomalien und Erbkrankheiten sind ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeiten vom Versicherungsschutz umfasst.*

3. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

### § 3 Wartezeit

1. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
2. Die Wartezeit beträgt drei Jahre.
3. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
4. Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt, frühestens nach Ablauf der Wartezeit.

2. Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind durch ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen. Kosten je eines Nachweises innerhalb von drei Monaten hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Kosten häufiger verlangter Nachweise gehen zu Lasten des Versicherers. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.

### Erweiterung zu § 4 Absatz 2:

*Der Versicherer verzichtet auf den laufenden Nachweis der fortdauernden Pflegebedürftigkeit.*

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
  - a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;

#### **Erweiterung zu § 5 Absatz 1 b)**

*Abweichend von Absatz 1 b) wird für Versicherungsfälle, die auf Sucht beruhen, geleistet.*

- c) während vollstationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlung und während Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht.

#### **Erweiterung zu § 5 Absatz 1 c)**

*Abweichend von Absatz 1 c) wird während vollstationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahmen sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlungen geleistet.*

2. Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
3. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

### **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

#### **Erweiterung zu § 6 Absatz 1:**

*Sobald alle zur Prüfung der Leistungspflicht notwendigen Unterlagen vorliegen, erklärt der Versicherer innerhalb von drei Wochen, ob und in welcher Höhe ein Leistungsanspruch besteht.*

2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigten für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
4. Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können von den Leistungen abgezogen werden, wenn der Versicherer auf Anforderung des Versicherungsnehmers eine besondere Überweisungsform wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

#### **Erweiterung zu § 6 Absatz 5:**

*Bei Überweisungen ins Ausland trägt der Zahlungsempfänger das mit der Überweisung verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.*

6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

### **§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

## **Pflichten des Versicherungsnehmers**

### **§ 8 Beitragszahlung**

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
3. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

4. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

5. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

6. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

#### **Erweiterung zu § 8 Absatz 6 Satz 2:**

*Der Versicherer verzichtet auf das Recht auf Beitragserhöhung oder Kündigung gemäß § 19 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang), wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.*

7. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

### **§ 8 a Beitragsberechnung**

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderung kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

### **§ 8 b Beitragsanpassung**

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vmhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

#### **Erweiterung zu § 8 b Absatz 1:**

*Der tariflich festgelegte Vmhundertsatz gemäß § 8 b Teil I Abs. 1 beträgt bei der Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen 5%. Bei der Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten gilt der gesetzlich festgelegte Vmhundertsatz von 5%.*

2. Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

3. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

4. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

## § 9 Obliegenheiten

1. Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung und jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung.

### Erweiterung zu § 9 Absatz 2:

*Der Versicherer verzichtet auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung, einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sowie einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung.*

3. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

4. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

5. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

6. Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

## § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld oder Pflegeitagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

### Erweiterung zu § 10 Absatz 1:

*Abweichend von Absatz 1 Satz 2 werden die Leistungen vom Zeitpunkt der ärztlich festgestellten Pflegebedürftigkeit an erbracht, wenn die verspätete Anzeige weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.*

2. Wird die in § 9 Absatz 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an den Versicherer schriftlich abzutreten.

2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen

Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## § 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

4. Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

5. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

6. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

3. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

4. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3. Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 9 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 9 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

4. In der Pfl egetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

#### **Erweiterung zu § 15 Absätze 3 und 4**

*Das Versicherungsverhältnis bleibt bestehen, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union, der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz verlegt. Das ist auch dann der Fall, wenn die versicherte Person nicht mehr in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale oder private Pflegepflichtversicherung) versichert ist.*

*Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als den der vorgenannten Staaten, kann die Versicherung und der Versicherungsschutz (siehe § 1 Abs. 9) aufgrund einer gesonderten Vereinbarung fortgesetzt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, dem Versicherungsnehmer auf dessen Antrag hin ein entsprechendes Angebot für eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu machen. Voraussetzung für ein solches Angebot ist, dass dem Versicherer der Antrag vor der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes zugeht.*

## **Sonstige Bestimmungen**

### **§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

## **§ 17 Gerichtsstand**

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

## **§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmers angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

# **Anhang**

## **Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

### **§ 14 Abs. 1 - 3 Fälligkeit der Geldleistung**

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Abschluss eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

### **§ 19 Abs. 1 - 3 Anzeigespflicht**

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigespflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

**§ 28 Abs. 1 - 4**  
**Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit**

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

**§ 37**  
**Zahlungsverzug bei Erstprämie**

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

**§ 38**  
**Zahlungsverzug bei Folgeprämie**

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

**§ 86**  
**Übergang von Ersatzansprüchen**

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmer geltend gemacht werden,.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

# DEUTSCHE PRIVAT PFLEGE PLUS

## Pflegetagegeldversicherung

### Tarif SELECT CARE Pflege

Tarifstufen

421 – 423

426 – 428

430

435

Tarifstufen Beitragsbefreiung

421 B – 423 B

426 B – 428 B

430 B

435 B

Aufbautarif

Tarifstufe 495

Die Tarifbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung Tarif SELECT CARE Pflege gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2013)

### Anwartschaftsversicherung zu Tarif SELECT CARE Pflege

# Tarif SELECT CARE Pflege

## 1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Versicherungsjahr, Umfang des Versicherungsschutzes

Aufnahmefähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) versichert sind. Endet die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung, kann die Versicherung nach diesem Tarif bestehen bleiben.

Für den Aufbautarif Tarifstufe 495 gilt zusätzlich:

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die Versicherungsschutz in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FÖRDER PFLEGE - MB/GEPV 2013 mit Tarif 490) besteht. Der Versicherungsschutz muss zum selben Versicherungsbeginn beantragt werden. Endet die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung im Aufbautarif, Tarifstufe 495.

Tarifstufe 495 kann ausschließlich in Höhe des in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FÖRDER PFLEGE) versicherten Pflegetagegeldes abgeschlossen werden.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein oder einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2013).

## 2. Inhalt der Pflegetagegeldversicherung (Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428)

Tarif SELECT CARE Pflege kann in acht Stufen abgeschlossen werden:

### 2.1 Tagegeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- Tarifstufe 430: Leistungen für Pflegestufe „0“ bis III
- Tarifstufe 421: Leistungen für Pflegestufe I bis III
- Tarifstufe 422: Leistungen für Pflegestufe II und III
- Tarifstufe 423: Leistungen für Pflegestufe III

### 2.2 Tagegeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- Tarifstufe 435: Leistungen für Pflegestufe „0“ bis III
- Tarifstufe 426: Leistungen für Pflegestufe I bis III
- Tarifstufe 427: Leistungen für Pflegestufe II und III
- Tarifstufe 428: Leistungen für Pflegestufe III

Pflegestufe „0“ ist gegeben, wenn gemäß § 45 a SGB XI (siehe Anhang) Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz besteht und die versicherte Person von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht als pflegebedürftig mit mindestens Pflegestufe I anerkannt ist.

## 3. Inhalt der Pflegetagegeldversicherung (Tarifstufe 495)

Tarifstufe 495 leistet ein Tagegeld bei häuslicher und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim nach Maßgabe des im Tarif FÖRDER PFLEGE versicherten Tagegeldes. Dieses beläuft sich

- bei eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45 a SGB XI (Pflegestufe „0“) – siehe Anhang – auf 10 % des im Tarif FÖRDER PFLEGE versicherten Pflegetagegeldes der Pflegestufe III,
- in Pflegestufe I auf 20 %,
- in Pflegestufe II auf 30 % und
- in Pflegestufe III auf 100 %.

## 4. Beitragsbefreiung

Zusätzlich zum Pflegetagegeld kann eine Beitragsbefreiung vereinbart werden:



#### 4.1 bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- ab Pflegestufe „0“: Tarifstufe 430 B
- ab Pflegestufe I: Tarifstufe 421 B
- ab Pflegestufe II: Tarifstufe 422 B
- ab Pflegestufe III: Tarifstufe 423 B

#### 4.2 ausschließlich bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- ab Pflegestufe „0“: Tarifstufe 435 B
- ab Pflegestufe I: Tarifstufe 426 B
- ab Pflegestufe II: Tarifstufe 427 B
- ab Pflegestufe III: Tarifstufe 428 B

Die Beitragsbefreiung muss stets für den gesamten Beitrag der versicherten Pflegetagegeld-Tarifstufen, mit Ausnahme einer staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, vereinbart sein.

Die Beitragsbefreiung gilt solange, wie die entsprechende Pflegebedürftigkeit besteht. Sie entfällt ab dem Ersten des Folgemonats, ab dem keine Pflegebedürftigkeit mehr in der oder den gewählten Pflegestufen bzw. keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz mehr besteht.

## 5. Leistungsumfang

5.1 Das ab der jeweiligen Pflegestufe versicherte Pflegetagegeld sowie Art und Umfang der Beitragsbefreiung ist im Versicherungsschein oder einem Nachtrag zum Versicherungsschein dokumentiert.

5.2 Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428:

Das vereinbarte Pflegetagegeld wird in den Tarifstufen 421 bis 423 sowie 430 bei häuslicher und vollstationärer Pflege und in den Tarifstufen 426 bis 428 sowie 435 bei vollstationärer Pflege ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit bzw. der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz geleistet. Entsprechendes gilt - soweit vereinbart - für Art und Umfang der Beitragsbefreiung.

5.3 Tarifstufe 495:

Das vereinbarte Pflegetagegeld wird in **Tarifstufe 495** bei häuslicher und vollstationärer Pflege ohne Kostennachweis geleistet

- im vierten und fünften Jahr ab Versicherungsbeginn,
- für eine aufgrund eines Unfallereignisses nach Beginn des Versicherungsschutzes eintretende Pflegebedürftigkeit ab Eintritt der unfallbedingten Pflegebedürftigkeit,

bis zum Ablauf von 5 Jahren ab Versicherungsbeginn und zwar für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit bzw. der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz. Die Leistung endet spätestens mit dem Beginn der Leistung aus dem Tarif FÖRDER PFLEGE.

Darüber hinaus wird das vereinbarte Pflegetagegeld geleistet, wenn die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Tarif FÖRDER PFLEGE) gemäß § 26 Absatz 3 MB/GEPV 2013 (Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist) als Anwartschaftsversicherung geführt wird. Die Leistung endet spätestens mit dem Beginn oder der Fortführung der Leistung aus dem Tarif FÖRDER PFLEGE.

Eine Beitragsbefreiung für Tarifstufe 495 kann gemäß den unter Ziffer 4 aufgeführten Tarifstufen vereinbart werden.

5.4 Maßgeblich für die Einordnung in eine Pflegestufe ist die Einstufung gemäß § 1 AB/PV oder die Feststellung der Pflegestufe „0“ durch den medizinischen Dienst der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung). Das gilt ebenfalls für Änderungen der Art der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer entsprechende Nachweise vorzulegen.

5.5 Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen (Pflegetagegeld; Beitragsbefreiung) auf seinen Antrag hin. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Der Leistungsanspruch endet mit dem Tag, an dem die Leistungsvoraussetzungen entfallen.

## 6. Leistungsnachweis

6.1 Als Leistungsnachweis dient die Vorlage des Nachweises der gesetzlichen Pflegeversicherung über die Einstufung in eine Pflegestufe (Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung – MDK oder Medicproof – und Bewilligungsbescheid der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung).

Ist eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung wegen Aufenthaltes im Ausland nicht möglich, beauftragt der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers einen Gutachter, der die Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe des Sozialgesetzbuchs (SGB), Elftes Buch (SGB XI), feststellt. In diesem Fall trägt der Versicherer nur die Kosten, die auch durch eine

Begutachtung des medizinischen Dienstes in Deutschland angefallen wären. Die Mehrkosten durch den vom Versicherer zur Untersuchung im Ausland beauftragten Gutachter hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

- 6.2 Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe können vom Versicherer verlangt werden. Das gilt auch für die Vorlage einer in Deutschland amtlich anerkannten Lebendbescheinigung der pflegebedürftigen Person, deren Kosten der Versicherer bis zu der Höhe erstattet, wie sie für eine in Deutschland ausgestellte Bescheinigung anfallen würden.

## **7. Regelmäßige Erhöhung der Leistungen: Dynamik in den Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428**

- 7.1 Ändern sich die Lebenshaltungskosten gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen - auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit - Anspruch auf Erhöhung des Pflegeetagegeldes, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten.
- 7.2 Die Anpassung erfolgt jeweils im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss bzw. Änderung des Vertrages oder nach einer Leistungsanpassung. Teilnahmeberechtigt ist jede versicherte Person, die im Kalenderjahr der Erhöhung das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Rechtzeitig vor dem Anpassungstermin informiert der Versicherer schriftlich über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen versicherten Personen, für die der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widerspricht.
- 7.3 Das zusätzliche Pflegeetagegeld wird so festgesetzt, dass sich ein Mehrbeitrag entsprechend der Entwicklung der Lebenshaltungskosten in den letzten drei Jahren ergibt. Der hinzukommende Beitrag beläuft sich jedoch auf mindestens 10 % und ist auf höchstens 20 % des bisherigen Beitrags begrenzt. Die sich aus dem Mehrbeitrag ergebende Leistungserhöhung berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter. Eventuell vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen; es entfällt jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.
- 7.4 Widerspricht der Versicherungsnehmer der Erhöhung für eine versicherte Person an zwei aufeinander folgenden Terminen, entfällt für diese Person der Anspruch auf eine weitere planmäßige Erhöhung.

## **8. Aufbautarif Tarifstufe 495: Dynamik-Option (Option auf Abschluss oder Höherversicherung in den Tarifstufen 430, 421 - 423)**

- 8.1 Ändern sich die Lebenshaltungskosten gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen - auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit - Anspruch auf Abschluss der Tarifstufen 430, 421 bis 423 oder auf Höherversicherung dieser bereits versicherten Tarifstufen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten.
- 8.2 Das zusätzliche Pflegeetagegeld für die Tarifstufen 430, 421 bis 423 wird wie folgt festgesetzt:  
Der Beitrag aus der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FÖRDER PFLEGE) ist die Berechnungsbasis für die Ermittlung des Mehrbeitrags entsprechend der Erhöhung der Lebenshaltungskosten in den letzten drei Jahren. Dieser Mehrbeitrag beläuft sich jedoch immer auf mindestens 10 % und ist auf höchstens 20 % der Berechnungsbasis begrenzt. Das zusätzliche oder neu abzuschließende Pflegeetagegeld wird so festgesetzt, dass es dem ermittelten Mehrbeitrag entspricht. Der sich ergebende Mehrbeitrag löst in den Tarifstufen 430, 421 bis 423 eine Höherversicherung auf das bisherige Pflegeetagegeld aus oder führt zu einem Neuabschluss des Pflegeetagegeldes in diesen Tarifstufen.

Die Aufteilung des zusätzlichen Pflegeetagegeldes auf die Tarife 430 sowie 421 bis 423 erfolgt gemäß den Festlegungen in den Technischen Berechnungsgrundlagen in der Weise, dass 10 % des zusätzlichen Pflegeetagegeldes in Pflegestufe 0, 20 % in Pflegestufe I, 30 % in Pflegestufe II und 100 % in Pflegestufe III neu abgeschlossen werden. Entsprechendes gilt für die Option des Neuabschlusses dieser Tarifstufen.

Die sich aus dem Mehrbeitrag ergebende Leistungserhöhung bzw. der Neuabschluss berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung bzw. des Neuabschlusses maßgeblichen Eintrittsalter. In den Tarifstufen 430, 421 bis 423 eventuell vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen; es entfällt jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

- 8.3 Die Anpassung der Tarifstufen 430 sowie 421 bis 423 bzw. das Angebot auf Abschluss dieser Tarifstufen erfolgt jeweils im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss bzw. Änderung des Vertrages nach Tarifstufe 495 oder nach einer Leistungsanpassung. Teilnahmeberechtigt ist jede versicherte Person, die im Kalenderjahr der Erhöhung das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Rechtzeitig vor dem Anpassungstermin informiert der Versicherer den Versicherungsnehmer schriftlich über den möglichen Abschluss bzw. die Erhöhung des bestehenden Versicherungsschutzes in den Tarifstufen 430, 421 bis 423. Für den erstmaligen Abschluss der Tarifstufen 430, 421 bis 423 bedarf es der gesonderten Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers spätestens bis zum Ende des ersten Monats nach Vorlage des Angebotes. Die Erhöhung der bestehenden Tarifstufen 430, 421 bis 423 entfällt für diejenigen versicherten Personen, für die der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widerspricht.
- 8.4 Widerspricht der Versicherungsnehmer der Erhöhung für eine versicherte Person an zwei aufeinander folgenden Terminen, entfällt für diese Person der Anspruch auf eine weitere planmäßige Erhöhung. Das gilt entsprechend auch bei zweimaligem Nichtabschluss der Tarifstufen 430, 421 bis 423.

## **9. Umstellungsoption**

Verändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflegeetagegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherer

einen entsprechenden neuen Tarif anbietet und das Pflegetagegeld im neuen Tarif die Höhe des bisher versicherten Pflegetagegeldes nicht übersteigt.

Entsprechendes gilt für die Veränderung der Definition der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz.

Der Wechsel in einen neuen Tarif wird keine erneute Gesundheitsprüfung voraussetzen.

Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer schriftlich über die Einführung eines der Pflegereform entsprechenden neuen Tarifs. Der Versicherungsnehmer kann die Option nur innerhalb von drei Monaten seit Erteilung dieser Information durch Abgabe einer Erklärung auf einem Formblatt des Versicherers ausüben.

## **10. Leistungen des Versicherungsnehmers**

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten in Höhe von 5 EUR neben den Portokosten erhoben.

## **Anwartschaftsversicherung zu Tarif SELECT CARE Pflege - Pflegetagegeldversicherung (Option)**

### **§ 1 Was ist eine Anwartschaftsversicherung und welche Bestimmungen gelten für diese?**

1. Auf Antrag können Sie unter bestimmten Voraussetzungen (§ 2) die versicherten Tarifstufen als Anwartschaftsversicherung führen. Die Anwartschaftsversicherung kann frühestens zum Ersten des auf die Beantragung der Anwartschaft folgenden Monats vereinbart werden.
2. Nach Annahme Ihres Antrags ruht unsere Leistungspflicht aus den Tarifstufen, für die wir die Anwartschaft vereinbart haben (Anwartschaftstarife), für die Dauer der Anwartschaft. Mit der Anwartschaft erwerben Sie besondere Rechte (§ 3) bei Beendigung der Anwartschaft (§ 4).
3. Einzelheiten zu den Beiträgen für den Anwartschaftszeitraum finden Sie in § 5.
4. Für die in Anwartschaft stehenden Tarifstufen gelten deren Allgemeine Versicherungsbedingungen, soweit diese nicht durch die nachfolgenden Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. Weiter gelten etwaige gesonderte Vereinbarungen.

### **§ 2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie eine Anwartschaftsversicherung abschließen?**

1. Die Anwartschaftsversicherung können Sie im Falle einer wirtschaftlichen Notlage (z. B. Arbeitslosigkeit) abschließen, wenn Ihnen die Fortführung der Versicherung zum Normalbeitrag nicht möglich ist.
2. Die Anwartschaftsversicherung können Sie nur für alle in Ihrem Vertrag versicherten Tarifstufen beantragen.
3. Die Anwartschaftsversicherung können Sie für volle Monate, längstens für die Dauer von 12 Monaten, abschließen. Die Dauer ist bei Antragstellung zu vereinbaren. Sie kann auf Ihren Antrag hin um bis zu 12 Monate verlängert werden. Den Antrag müssen Sie spätestens innerhalb eines Monats seit Ablauf der ursprünglich vereinbarten Dauer stellen.
4. Insgesamt können Sie die Anwartschaft während der Versicherungsdauer für maximal 24 Monate in Anspruch nehmen.

### **§ 3 Welche Ansprüche erwerben Sie mit einer Anwartschaftsversicherung?**

1. Mit dem Abschluss erwerben Sie das Recht, die Versicherung nach den Tarifstufen, für die die Anwartschaft bestanden hat, in Kraft zu setzen oder wieder herzustellen. Dabei verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung und rechnen die Zeitdauer der Anwartschaftsversicherung auf eventuelle Wartezeiten an. Bei Wiederaufleben oder Inkraftsetzen der Versicherung berechnen wir die Beiträge nach dem dann erreichten Lebensalter (Neuzugangsbeitrag). Soweit Rückstellungen aus der Zeit vor Beginn der Anwartschaftsversicherung vorhanden sind, rechnen wir diese gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen beitragsmindernd an.
2. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen aus den Tarifstufen, für die die Anwartschaftsversicherung gilt.
3. Für Kalenderjahre, in denen eine Anwartschaftsversicherung ganz oder teilweise bestanden hat, haben Sie keinen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung. Solche Kalenderjahre werden im Übrigen bei der Ermittlung anspruchsberechtigter Zeiträume für eine Beitragsrückerstattung nicht mitgezählt.

### **§ 4 Wann endet eine Anwartschaftsversicherung und was müssen Sie tun?**

Der volle Versicherungsschutz wird ohne besondere Vereinbarungen im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Anwartschaftsversicherung wieder hergestellt oder in Kraft gesetzt. Wir sind nicht verpflichtet, einem vorzeitigen Aufleben des Versicherungsschutzes zuzustimmen

## § 5 Was kostet eine Anwartschaftsversicherung?

1. Die monatlichen Beitragsraten für den Anwartschaftszeitraum ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Höhe der Beiträge richtet sich jeweils nach einem Prozentsatz des Tarifbeitrags einschließlich etwaiger Abschläge. Risikozuschläge und ggf. der gesetzliche Zuschlag gemäß § 12 Abs. 4 a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) gehen nicht in die Berechnung ein.
2. Wenn sich der Beitrag der Tarifstufen, für die Sie die Anwartschaftsversicherung abgeschlossen haben, ändert, haben wir das Recht, den entsprechenden Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen anzupassen.

# Anhang

## 11. Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)

### § 45a Berechtigter Personenkreis

- (1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

- (2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

## Vertragsinformationen zu Tarif SELECT CARE Pflege - Pfl egetagegeld (Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B und Aufbauarief Tarifstufe 495), Tarif SELECT CARE Pflege - Einmalleistung (Tarifstufen 434, 439), Tarif AKTIV (Tarifstufen 510 oder 515)

### Informationen zum Versicherer

Ihr **Vertragspartner** ist die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. mit Sitz in München, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht München unter HRB 764.

Das Unternehmen wird **vertreten** durch den Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender), Hartmut Krause, Karsten Kronberg, Dr. Martin Zsohar

Die Postadresse unserer Direktion lautet: **Pettenkofersraße 19, 80336 München**. Sie erreichen uns unter Telefon: 089/5152-1000, Telefax: 089/5152-15 01, E-Mail: [info@muenchener-verein.de](mailto:info@muenchener-verein.de)

Die **ladungsfähige Anschrift** des Versicherers lautet: MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Pettenkofersr. 19, 80336 München

Die **Hauptgeschäftstätigkeit** des Versicherers besteht satzungsgemäß in der Gewährung von Krankenversicherungsschutz an die Mitglieder des Versicherungsvereins.

### Informationen zur angebotenen Leistung

Ihrem Vertrag liegen die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/PV) und die Tarifbestimmungen für die Tarifstufen 430, 421-423, 435, 426-428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B, 495 bzw. die Tarifbestimmungen für die Tarifstufen 434 und 439, sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Tarif 510 oder Tarif 515** zugrunde.

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Angaben über **Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung** der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen, die für die von Ihnen gewählten Tarife gelten.

Der **Gesamtpreis** Ihrer Versicherung ist im Antrag und im Versicherungsschein sowie einem eventuellen Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen. Zusätzlich zum Beitrag fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Die **Zahlung** der Versicherungsprämie erfolgt per Lastschriftinzug. Die Zahlungsmodalitäten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

#### Gültigkeitsdauer der Informationen:

Die vorliegenden Informationen sind nur solange gültig, wie die ihrer Erstellung zugrunde liegenden Umstände unverändert bleiben.

### Informationen zum Vertrag

#### Zustandekommen des Vertrages

Das Versicherungsverhältnis kommt mit dem Eingang des Antrags bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. zustande, sofern die Beiträge von Ihrem Konto im Lastschriftinzugsverfahren abgebucht werden können und Sie nicht von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen.

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkofersr. 19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: (089) 5152-4020.

#### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

#### Vertragsdauer / Kündigung

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Der Vertrag nach den Tarifstufen 430, 430 B, 421-423, 421 B - 423 B, 435, 435 B, 426-428, 426 B - 428 B, 434, 439, 495 wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Im Anschluss daran verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres gekündigt wird.

Der Vertrag nach Tarif AKTIV CLASSIC (510) oder Tarif AKTIV 50Plus (515) wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Im Anschluss daran verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht von einer Vertragspartei bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres gekündigt wird.

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrages legen wir das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

#### Vertragsprache

Im Rahmen des Abschlusses sowie für die Dauer des Vertragsverhältnisses kommt ausschließlich die deutsche Sprache zur Anwendung.

### Informationen zur Schlichtung von Streitigkeiten

Wir sind stets bemüht, im Vertragsverhältnis alles zu Ihrer Zufriedenheit zu gestalten. Sollte es gleichwohl einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen können, haben Sie die Möglichkeit, sich außergerichtlich an den

#### Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung

Kronenstraße 13, 10117 Berlin Tel. 0 18 02/55 04 44, Fax 030/20 45 89 31

zu wenden.

Der Ombudsmann ist auch Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsvermittlern.

Der Ombudsmann nimmt sich kostenfrei der Anliegen von Versicherten zu ihrem Versicherungsschutz an. Er behandelt eine Beschwerde nicht, wenn diese bereits vor einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streit-schlichtungseinrichtung verhandelt wird oder von einer solchen Stelle entschieden wurde, ebenso dann nicht, wenn die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht damit befasst ist oder befasst war.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de).

Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht**, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn zu wenden.

## Produktinformationsblatt zu Tarif SELECT CARE Pflege - Pflegetagegeld (Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B und Aufbautarif Tarifstufe 495), Tarif SELECT CARE Pflege - Einmalleistung (Tarifstufen 434, 439), Tarif AKTIV (Tarifstufen 510 oder 515)

Die nachfolgenden Produktinformationen geben Ihnen einen ersten Überblick zum angebotenen Versicherungsschutz. Die Informationen sind nicht abschließend und stellen für Sie eine Orientierungshilfe zur Wahl des Versicherungsschutzes dar. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den je nach dem / den gewählten Tarif/en zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen.

### 1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Gegenstand des angebotenen Vertrags ist je nach dem / den gewählten Tarif/en

- die Pflegetagegeldversicherung Tarif SELECT CARE Pflege nach den Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B und dem Aufbautarif Tarifstufe 495
- Tarif SELECT CARE Pflege - Einmalleistung nach den Tarifstufen 434, 439
- die GKV-Ergänzungsversicherung nach Tarif AKTIV CLASSIC (Tarif 510) für Personen, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw.
- die GKV-Ergänzungsversicherung nach Tarif AKTIV 50Plus (Tarif 515) für Personen, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses das 50. Lebensjahr vollendet haben.

### 2. Was ist versichert?

Dem Vertrag liegen je nach dem / den gewählten Tarif/en die

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/PV), die Tarifbestimmungen zum Tarif SELECT CARE Pflege - Pflegetagegeldversicherung mit den Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426-428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B, 495 und die Tarifbestimmungen zum Tarif SELECT CARE Pflege - Einmalleistung mit den Tarifen 434, 439
- Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu Tarif 510
- Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu Tarif 515 zu Grunde.

Tarif 495 kann nur zusammen mit der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, Tarif 490 (FÖRDER PFLEGE) und in Höhe des im Tarif 490 versicherten Pflegetagegeldes abgeschlossen werden. Die übrigen Tarife können nach Ihrem Wunsch einzeln oder aber gemeinsam abgeschlossen werden. Die Tarife 510 und 515 können für eine Person jedoch nicht gleichzeitig abgeschlossen werden.

Nachfolgend ein Auszug aus den wesentlichen Leistungen:

**Tarifstufe 430 - Pflegetagegeld** leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe „0“-III) das vereinbarte Tagesgeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises.

**Tarifstufe 421 - Pflegetagegeld** leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe I-III) das vereinbarte Tagesgeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises.

**Tarifstufe 422 - Pflegetagegeld** leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe II-III) das vereinbarte Tagesgeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises.

**Tarifstufe 423 - Pflegetagegeld** leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe III) das vereinbarte Tagesgeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises.

**Tarifstufe 435 - Pflegetagegeld** leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe „0“-III) das vereinbarte Tagesgeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises.

**Tarifstufe 426 - Pflegetagegeld** leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe I-III) das vereinbarte Tagesgeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises.

**Tarifstufe 427 - Pflegetagegeld** leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe II-III) das vereinbarte Tagesgeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises.

**Tarifstufe 428 - Pflegetagegeld** leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe III) das vereinbarte Tagesgeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises.

Zum Pflegetagegeld nach den Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428 kann zusätzlich die Beitragsbefreiung (Tarifstufen 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B) bei Eintritt des Pflegefalls oder im Leistungsfall vereinbart werden.

**Tarifstufe 495 - Aufbautarif** leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe „0“-III) ein Tagesgeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim nach Maßgabe des im Tarif 490 (FÖRDER PFLEGE) versicherten Tagesgeldes ohne Vorlage eines Kostennachweises bis zum Ablauf von 5 Jahren ab Versicherungsbeginn. Dieses beläuft sich

- bei Pfleigestufe „0“ auf 10 % des im Tarif 490 (FÖRDER PFLEGE) versicherten Pflegetagegeldes der Pfleigestufe III
- bei Pfleigestufe I auf 20 %
- bei Pfleigestufe II auf 30 % und
- bei Pfleigestufe III auf 100 %.

Weiterer Leistungsinhalt:

- weltweite Leistung, wenn und solange Tarif 490 (FÖRDER PFLEGE) als Anwartschaftsversicherung geführt wird
- Option auf Abschluss oder Höherversicherung (Dynamisierung) im Tarif SELECT CARE Pflege

Die Beitragsbefreiung für Tarifstufe 495 kann über die Tarifstufen 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B vereinbart werden.

**Tarif 434 Einmalleistung** erbringt bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe I-III) ohne Kostennachweis die Einmalleistung in der versicherten Höhe.

**Tarif 439 Einmalleistung** erbringt bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe I-III) ohne Kostennachweis die Einmalleistung in der versicherten Höhe.

**Tarif 510 (AKTIV CLASSIC) und Tarif 515 (AKTIV 50Plus)** beinhalten Leistungen für

- Vorsorgeuntersuchungen außerhalb der von der GKV vorgegebenen Altersgrenzen und Zeitabstände;
- Sehhilfen;
- freie Krankenhauswahl;
- Auslandsreise-Krankenversicherung;
- Zahnersatzmaßnahmen (als Option abwählbar);
- je versicherte Person ab Alter 16 kann ein Kind oder Enkelkind (bis Alter 15) beitragsfrei mitversichert werden

### 3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie diesen bezahlen?

Den Monatsbeitrag je versicherte Person entnehmen Sie dem Antrag und dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Sie können den Beitrag wahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschriftinzugsverfahren.

Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt zu zahlen. Alle weiteren Beitragsraten sind am Ersten des Monats der vereinbarten Periode zu bezahlen. Bitte sorgen Sie rechtzeitig für eine ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Wenn Sie den Erstbeitrag aus eigenem Verschulden nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, bis die Zahlung erfolgt ist. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn ein fälliger Folgebeitrag ausbleibt, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Wochen zu bezahlen. Sind Sie nach Fristablauf noch mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- für Tarif SELECT CARE Pflege (§ 8 AB/PV 2013)
- für Tarif AKTIV 510 oder 515 (§ 7 AVB der Tarife 510 bzw. 515).

### 4. Was ist nicht versichert?

Mit diesen Tarifen betreiben Sie eine aktive Gesundheits- und Pflegevorsorge. Der Versicherungsschutz kann jedoch nicht alle denkbaren Fälle umfassen. Der Beitrag müsste sonst stark erhöht werden. Vom Versicherungsschutz sind daher einige Fälle ausgenommen, siehe §§ 4, 5 AB/PV 2013 (Tarif SELECT CARE Pflege) und § 3 AVB (Tarif 510 bzw. 515).

Für die Tarife SELECT CARE Pflege (Tarifstufen 430, 430 B, 421 - 423, 421 B - 423 B, 435, 435 B, 426 - 428, 426 B - 428 B, 495) und Tarif SELECT CARE Einmalleistung (Tarifstufen 434, 439) beläuft sich die Wartezeit auf 3 Jahre. Für Pflegebedürftigkeit aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls besteht jedoch sofortiger Versicherungsschutz.

### 5. Was müssen Sie beim Vertragsschluss beachten? Welche Folgen kann eine Nichtbeachtung dieser Pflichten haben?

- Tarif AKTIV CLASSIC (Tarif 510) kann nur bis Lebensalter 49 abgeschlossen werden.
- Tarif AKTIV 50Plus (Tarif 515) kann erst ab Lebensalter 50 abgeschlossen werden.
- Ferner ist für den Abschluss und die Fortführung der Tarife 510 oder 515 Voraussetzung, dass für Sie eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung besteht und Sie Ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben (s. § 1 AVB).
- Zum Abschluss der Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428, 434, 439, 495 muss eine deutsche gesetzliche Pflegeversicherung bestehen.
- Für den Abschluss und die Fortführung von Tarifstufe 495 ist Voraussetzung, dass für die versicherte Person Tarif 490 (FÖRDER PFLEGE) zum selben Versicherungsbeginn versichert wird und fortbesteht. Damit der Vertrag geschlossen werden kann, sind Ihre vollständigen Kontoangaben erforderlich. Sie ermächtigen uns gleichzeitig, den Beitrag von dem von Ihnen genannten Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen.

Sind die genannten Voraussetzungen nicht gegeben, ist ein Vertragsabschluss bzw. eine Fortführung des Vertrages nicht möglich.

### 6. Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?

Achten Sie bitte zur Fälligkeit des Beitrages auf Ihre Kontodeckung. Der Vertrag kann sonst nicht bestehen bleiben.

Wenn Sie eine weitere ergänzende Pflegekranken- oder Pflegetagegeldversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen wollen, holen Sie zuvor bitte unsere schriftliche Einwilligung ein (Tarif SELECT CARE Pflege, § 9 AB/PV 2013; für Tarife AKTIV, § 1 Abs. 2 und 3 AVB).

Wenn Sie diese Pflichten nicht beachten, können wir gegebenenfalls Versicherungsleistungen verweigern. Unter Umständen können wir auch den Vertrag oder Teile des Vertrages kündigen.

Weitere Informationen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 AB/PV 2013 (Tarif SELECT CARE Pflege) bzw. § 5 AVB (Tarife AKTIV).

#### **7. Was müssen Sie tun, wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist und was gilt, wenn Sie Ihren Pflichten nicht nachkommen?**

Bitte beachten Sie, dass wir nur zur Leistung verpflichtet sind, wenn Sie die von uns geforderten Nachweise vorlegen. Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den §§ 6, 9 AB/PV 2013 (Tarif SELECT CARE Pflege) bzw. §§ 4, 5 AVB (Tarife AKTIV).

Im Übrigen müssen Sie uns den Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich anzuzeigen (Tarif SELECT CARE Pflege).

Sie und die mitversicherten Personen müssen auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen ist jede versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Weitere Informationen über die zu beachtenden Obliegenheiten finden Sie in § 9 AB/PV 2013 (Tarif SELECT CARE Pflege) bzw. bzw. § 5 AVB (Tarife AKTIV).

Wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheiten nicht beachten, kann das schwerwiegende Konsequenzen für den Versicherungsschutz haben. Dieser kann unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder vollständig entfallen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie  
- für Tarif SELECT CARE Pflege in § 6 AB/PV 2013,  
- für Tarif AKTIV 510 oder 515 in § 5 AVB der Tarife 510 bzw. 515.

#### **8. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Weitere Informationen hierzu finden Sie  
- für Tarif SELECT CARE Pflege in § 1 Abs. 2, 13 - 15 AB/PV 2013,  
- für Tarif AKTIV 510 oder 515 in § 1, 10 AVB der Tarife 510 bzw. 515.

#### **9. Wie lange läuft der Vertrag und wie kann dieser beendet werden?**

Die Mindestvertragsdauer im Tarif SELECT CARE Pflege – Pflegetagegeld sowie im Tarif SELECT CARE Pflege - Einmalleistung beläuft sich auf jeweils ein Jahr, in den Tarifen AKTIV 510 bzw. 515 auf zwei Jahre. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Bei einer eventuellen Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch vorzeitig kündigen.

Endet die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FÖRDER PFLEGE - Tarif 490), so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung im Aufbautarif, Tarifstufe 495.

Im Tarif SELECT CARE Pflege - Einmalleistung (Tarifstufen 434, 439) endet die Versicherung zum 01. des Folgemonats, wenn die tarifliche Einmalleistung erbracht ist, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Ferner können Sie Tarif 439 mit einer Frist von drei Monaten insoweit rückwirkend zum Ende des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, kündigen, wenn eine versicherte Person pflegebedürftig wird, ohne dass ein Anspruch auf Leistungen nach Tarifstufe 439 besteht.

Weitere Informationen hierzu finden Sie  
- für Tarif SELECT CARE Pflege in § 13 AB/PV 2013, Ziff. 1 Tarif SELECT CARE Pflege  
- für Tarif AKTIV 510 oder 515 in § 9 AVB der Tarife 510 bzw. 515,  
- für Tarif SELECT CARE Pflege – Einmalleistung in Ziff. 8 Tarif SELECT CARE - Einmalleistung.